

Fehlerhafte Differenzialdiagnostik beim Kopfschmerz

Ein plötzlicher, spontan auftretender Kopfschmerz mit Übelkeit und Erbrechen bei einer jungen Frau ohne Kopfschmerzanamnese ist immer dringend verdächtig auf eine akute Subarachnoidalblutung.

von Pia Rumler-Detzel, Johannes Noth und Beate Weber

Kopfschmerz ist einer der häufigsten Gründe, weshalb ärztliche Hilfe gesucht wird. Er kann als sogenannter Primärer Kopfschmerz [1] Erscheinungsform einer eigenständigen Krankheit sein ohne erkennbare weitere Ursachen. Beispiele hierfür sind Migräne oder Clusterkopfschmerz. Er kann aber auch als sogenannter Sekundärer Kopfschmerz Symptom anderer Erkrankungen sein, darunter insbesondere zerebraler Erkrankungen oder Blutungen. [2]

Die Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein wird immer wieder angerufen in Fällen, in denen wegen ungenügender Differenzialdiagnostik und Befunderhebung schwere zerebrale Krankheitsbilder nicht erkannt und deshalb aussichtsreiche Frühbehandlungen versäumt werden. Obwohl diese Problematik schon 2002 durch Herbert Weltrich und Herwarth Lent im *Rheinischen Ärzteblatt* am Beispiel eines Behandlungsfehlers dargestellt wurde, war unlängst allein aus einem Jahr wieder über Schicksale zu entscheiden, deren teils tragische Wendung durch größere Sorgfalt, etwa die Beachtung von Leitlinien [3], und des seit den 1990ern in Lehrbüchern internistischer Differenzialdiagnostik [4] beschriebenen Standes medizinischer Wissenschaft vermieden worden wäre.

Wichtig erscheint vor allem, dass die in den Notfallambulanzen eines Krankenhauses – in welcher Abteilung auch immer – diensthabenden Ärzte sich ihrer Verantwortung für eine sorgfältige Diagnostik bewusst werden und sich weder durch telefonische Erörterung mit Ärzten aus Nachbarkliniken noch

durch Mutmaßungen von Fachkollegen anderer Disziplinen, die selbst die Patientin nicht untersucht haben, von dem zunächst als richtig erkannten Diagnosepfad abbringen lassen. Zur Erläuterung nachfolgend zwei Fälle, in denen der Behandlungsfehlervorwurf bestätigt wurde.

Fall 1: Die 30-jährige Antragstellerin ist nach Öffnung ihrer Wohnung durch die Polizei nicht ansprechbar im Wohnzimmer liegend aufgefunden worden. Wie sich in der Folge herausgestellt hat, litt sie an einem Aneurysma an der Schädelbasis, das zwischen dem 2. und 5. Mai rupturiert war. Zwischen dem 13. April und dem 2. Mai hatte sie sich nacheinander bei den Antragsgegnern vorgestellt, zunächst gegen 1 Uhr nachts in der Notfallpraxis eines Krankenhauses in der Orthopädischen Abteilung, wo notiert ist: „seit einigen Stunden Nacken- und Kopfschmerzen, kein Trauma, leichte Übelkeit, zweimal erbrochen“. Befund: „Schmerzhaft eingeschränkte Beweglichkeit der HWS, leichter Druckschmerz, Kopfschmerz, Übelkeit, kein neurologischer Befund. DMS (Durchblutung, Motorik, Sensibilität) intakt. Temperatur: 36,5°, RR 130/90 mmHg. Röntgen HWS in 2 Ebenen, ohne knöcherne Verletzung, EKG unauffällig.“

Mit der Verdachtsdiagnose eines Migräneanfalls wurde die Antragstellerin mit Schmerzmitteln versehen nach Hause entlassen.

Zwischen dem 14. und dem 29. April hat sie sich insgesamt fünfmal in die Praxis ihrer Hausärztin begeben, die sie letztlich mit der Diagnose eines HWS-Syndroms an einen Orthopäden (Antragsgegner zu III.) überwiesen hat.

Am 2. Mai stellte sich die Antragstellerin bei diesem vor, der nach einer orthopädisch-neurologischen Untersuchung der gesamten Wirbelsäule mit der Dokumentation eines unauffälligen neurologischen Befundes eine manuelle Therapie vornahm und die Diagnose einer akuten Lumbalgie und eines rezidivierenden Zervikal-syndroms stellte.

Beurteilung der Gutachterkommission:

1. Behandlung in der Abteilung für Orthopädie des Krankenhauses (Antragsgegner zu I.)

Ein plötzlicher, spontan auftretender Kopfschmerz mit Übelkeit und Erbrechen bei einer jungen Frau ohne Kopfschmerzanamnese ist immer dringend verdächtig auf eine akute Subarachnoidalblutung (SAB). Der diensthabende Arzt hat folgerichtig den Versuch unternommen, die Antragstellerin in einer benachbarten neurologischen Klinik vorzustellen, davon aber Abstand genommen, weil – nachts gegen 2 Uhr – telefonisch stundenlange Wartezeiten angekündigt worden waren. Stattdessen hätte er die notwendigen diagnostischen Maßnahmen auch selbst veranlassen können: craniales Computertomogramm (CCT) und Lumbalpunktion, was auch ohne Hinzuziehung eines Neurologen möglich gewesen wäre. Das Versäumnis, ein neurologisches Konsil und weitere diagnostische Maßnahmen zu veranlassen, ist als Behandlungsfehler in Form eines Befunderhebungsfehlers anzusehen.

Mit praktischer Gewissheit kann davon ausgegangen werden, dass im Rahmen einer neurologischen Konsiliaruntersuchung ein CCT und im Zweifelsfall auch eine Lumbalpunktion veranlasst worden wären, die zur zutreffenden Diagnose einer SAB und zu einer entsprechenden Therapie geführt hätten.

Der untersuchende Orthopäde beruft sich auf eine Mitteilung des diensthabenden Internisten, es liege eine Migräne vor. Darüber, ob dieser die Antragstellerin untersucht hat, liegen unterschiedliche Angaben vor, die die Gutachterkommission mit den ihr zur Verfügung stehenden Mitteln nicht klären kann. Dies ist aber unerheblich, da der Orthopäde die Behandlung zu verantworten hatte; das Versäumnis eines neurologischen Konsils mit entsprechender Befunderhebung ist daher ihm als Behandlungsfehler anzulasten.

Der dadurch herbeigeführte Gesundheitsschaden ist die zwischen dem 1. und dem 5. Mai eingetretene Blutung aus ei-

nem Aneurysma an der Schädelbasis und ihre Folgezustände: Dauerpflegebedürftigkeit in Spezialklinik, Spastik, Paraplegie, Luftröhrenschnitt mit Sprachstörung, Dauerschmerzen.

2. Behandlung durch die Hausärztin (Antragsgegnerin zu II.)

Sie untersuchte die Antragstellerin erstmals am 14. April, also mehr als 30 Stunden nach der Erstuntersuchung. Die Patientin berichtete über diese Untersuchung und die Diagnose eines Migräneanfalls. Ärztliche Unterlagen hierüber lagen der Internistin nicht vor. Die Antragstellerin klagte über Nackenschmerzen, fühlte sich aber „insgesamt besser“. Die körperliche Untersuchung war unauffällig, ebenso bei Wiedervorstellung am 16. April. Es wurde vermerkt: „Zu Hause gar nichts mehr, jetzt wieder mehr (Schmerzen?) nach dem Laufen.“

Am 18. April stellte die Ärztin einen lokalen Druckschmerz zervikal links paravertebral und einen unauffälligen neurologischen Befund fest. Am 22. April war die Antragstellerin bei einem Telefonkonsil „fast wieder beschwerdefrei“. Am 29. April wurden „immer noch Schmerzen HWS (Halswirbelsäule)“ dokumentiert, was zu einer Überweisung zum Orthopäden führte.

Die Hausärztin hat die Antragstellerin sorgfältig untersucht und ist auf die Beschwerden der Kranken durch entsprechende Medikation eingegangen. Mit Klagen über Kopf- und Rückenschmerzen werden niedergelassene Ärzte nahezu täglich konfrontiert. Die Klagen und die Symptome sowie der Untersuchungsbe- fund der Antragstellerin konnten durch- aus einem Folgezustand nach einem durch ein Zervikalsyndrom ausgelösten Kopfschmerz entsprechen, zumal die Antragstellerin über die vorausgegangene Untersuchung im Krankenhaus am 13. April und die dabei gestellte Diagnose (zervikale) Migräne berichtete.

Bei der Erstuntersuchung lag nicht mehr ein akuter Kopfschmerz vor, sondern ein bereits deutlich gebesserter Zu- stand. Auch der weitere Verlauf mit all- mählicher Besserung der Beschwerden bot keine eindeutigen Hinweise auf das Vorliegen einer SAB, sodass unmittelbare weitere diagnostische Maßnahmen nicht zwingend erforderlich waren.

Deshalb ist hier kein Vorwurf eines Be- handlungsfehlers zu machen.

3. Behandlung durch den Orthopäden (Antragsgegner zu III.)

Er hat die Antragstellerin am 2. Mai nur einmal gesehen und stellte eine Besserung der Beschwerden fest. Wegen Schmerzen im Bereich der Halswirbelsäule und der unteren Lendenwirbelsäule führte er eine manualtherapeutische Behandlung durch. Hinweise auf eine SAB gaben diese Be- schwerden und Befunde nicht.

Ihm ist daher kein Vorwurf eines Be- handlungsfehlers zu machen.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass die fehlerhafte Weichenstellung bei der Erstbehandlung mit ihren gravieren- den Folgen für das Schicksal der Antrag- stellerin dazu geführt hat, dass die später hinzugezogenen Ärzte nicht oder kaum in der Lage waren, die Fehldiagnose zu kor- rigieren.

Dies unterstreicht, wie wichtig eine sorgfältige leitliniengerechte Diagnostik beim plötzlich auftretenden schweren Kopfschmerz ohne Kopfschmerzanamne- se ist. Ohne dass eine zerebrale Ursache ausgeschlossen ist, darf eine Diagnostik nicht beendet werden. Hierzu gehört, selbst wenn ein CT keine intrazerebrale Blutung zeigt, eine Lumbalpunktion als hochsensitive Methode zum Nachweis ei- ner SAB [5].

Fall 2: Ein weiterer gutachtlicher Be- scheid, in dem ein Behandlungsfehler fest- gestellt wurde, betraf eine 1953 geborene Antragstellerin, die nach unauffällig be- fundetem Schädel-CT am 24. Juni eine Krankenhausambulanz verlassen hatte und bei der am 25. Juni jedoch bei einem Neurologen liquor-diagnostisch eine kleine präpontine Subarachnoidal- blutung diagnostiziert wurde. Hier hatte die ungenügende Diagnostik lediglich eine um einen Tag verspätete Diagnose- stellung, jedoch keinen Dauerschaden verursacht.

In weiteren Fällen wurden heftige Kopfschmerzen insbesondere jüngerer Patienten ohne eingehende Anamnese – zum Beispiel zu Arzneimittel- und Niko- tinkonsum – und ohne neurologische Be- fundung harmlosen Krankheitsbildern zugeordnet. Wenig später hatten Diagnosen eines Hirninfarkts oder zerebraler Blutung letztlich zum Antrag bei der Gut- achterkommission geführt.

Der Vorwurf diagnostischer Versäumlis- se bei auf eine zerebrale Ursache hin- deutender Symptomatik war in den Jahren

2006 bis 2010 in zwei Prozent Gegen- stand der Verfahren. Die Behandlungsfeh- lerquote (BF-Quote) lag mit 37,7 Prozent etwas über dem langjährigen Durch- schnitt von etwa einem Drittel. Am häu- figsten lag in etwa der Hälfte der Fälle eine zerebrale Durchblutungsstörung als Ursache der Beschwerden vor. In 16 Ver- fahren wurde eine zerebrale Blutung als Ursache der Beschwerden festgestellt und in sieben Verfahren der Behandlungs- fehlervorwurf bestätigt (BF-Quote 42 Pro- zent). Wegen der oft schwerwiegenden Fehlerfolgen lohnt stetes Bemühen um sorgfältige Diagnostik.

Dr. jur. Pia Rumler-Detzel, Vorsitzende RichterIn am Oberlandesgericht a. D., war Stellvertretende Vorsitzende, **Professor Dr. med. Johannes Noth** ist Stellvertretendes Geschäftsführendes Mitglied, **Dr. med. Beate Weber** ist Referentin der Geschäftsstelle der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler bei der Ärztekammer Nordrhein.

Literaturhinweis

- [1] MSD Manual 7. Auflage 2006 Nr. 216, S. 225
- [2] a. a. O. wie 1 S. 2254; Bewermeyer bei Kaufmann, Internistische Differenzial- diagnostik 2. Auflage 1991 S. 231
- [3] Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie 4. Auflage 2008 S. 654ff, Thieme Stuttgart
- [4] Bewermeyer bei Kaufmann, s. Anm. 2 S. 233
- [5] siehe Anm. 3

GESUNDHEIT IST EIN MENSCHENRECHT

Deshalb hilft ÄRZTE OHNE GRENZEN in rund 60 Ländern Menschen in Not – ungeachtet ihrer Hautfarbe, Religion oder politischen Überzeugung.

HELFEN SIE MIT!

ÄRZTE OHNE GRENZEN e.V.
Am Köllnischen Park 1 • 10179 Berlin
www.aerzte-ohne-grenzen.de

Spendenkonto 97097
Bank für Sozialwirtschaft
BLZ 370 205 00

